

り、その中で、救急医療等とともに病診連携を実施していることを要件として「地域医療支援病院」が創設されることとなっており、厚生省も地域の中核病院の重要な機能の一つとして病診連携を取り上げていることが窺える。

徳島県における病診連携の展開

松 崎 孝 世

徳島県医師会常任理事

A proposal of a newer medical net-work service in Tokushima Prefecture

Takayo Matuzaki

Tokushima Medical Association

わが国の医療は昭和36年の国民皆保険の実現以来、医療関係者の努力と国民経済の成長を背景に、質・量両面からその充実向上が図られ、国の内外から高い評価を得てきた。

現行の医療制度の評価すべき点は、「何時でも」、「何処でも」、「誰でも」を基本理念に、医療サービスへの自由なアクセスが確保され、患者は良質で最新の医療サービスを自由に選択できる上、患者の負担が低額で、公的扶助制度によって、貧富の差なく医療サービスが受けられることである。これは平均寿命の延びや、乳幼児死亡率の低下で実証されているように、医療関連効果が優れていることでも伺われる。また、医療を提供する医師のプロフェッショナルフリーダムが比較的保証されていることも評価されている。

しかし、急速に進む高齢化社会、医療費の高額化、国民経済の低迷などを考慮すれば、この国民皆保険を維持しつつ、21世紀の社会に対応できるような、質の高い医療を提供する体制の確立と、安定した財源の確保が必要で、限られた医療資源を効率的に利用する方策が求められている。

改革の一環として、日本医師会も医療機関の機能的体系化を提唱し、特に、地域における病院機能と診療所機能分担を明確化し、かかりつけ医機能のあり方とその確立のための方策に取り組んでいる。

先に述べた如く、医療機関へのフリーアクセスが高い評価を受けている一方で、患者の大病院への集中や、多受診、重複検査など、非効率的な、いわゆる「はしご受

診」といった弊害も指摘されており、「3時間待ちの3分診療」といった揶揄も耳にするようになった。これは患者側に必要な医療機関、医師についての情報が不足しているため、患者が病状に応じた、適切な医療へのアクセスができない事や、人口構造の変化によって増加している高齢者の介護体系の整備が不十分であった事なども、原因と言われている。しかし、何よりその背景には、一部の患者の、地域の医師、医療に対する不信・不満があることも否定できない。

日本医師会では、医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、「かかりつけ医」を地域における第一線の医療機関として位置付け、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図り、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保を目指している。かかりつけ医機能の中心になるのは、診療所、有床診療所であるが、診療所は内科、外科、婦人科などの専門性を持ちながら、身近なプライマリーケア機能を合わせ持ち、超高齢化社会となっていく21世紀にあっては、その重要性がいよいよ増していくと考えられる。一方、有床診療所は、地域密着型の収容機能を持っており、一般医療のみならず、これからの高齢社会に必要な老人の中間施設的な機能を持っており、世界に例のない、わが国の風土によく見合った独特のもので、しかも、医師としての専門性を十分に生かすことのできる面も合わせ持っている特異な施設である。

徳島県医師会では、西部保健医療圏と東部保健医療圏の一部において、県より「かかりつけ医推進モデル事業」

の委託を受け、かかりつけ医の役割、機能などについて患者への広報を行い、理解と協力を呼びかけてきた。郡内各地域での講演会の開催、健康相談、小冊子の発行などを通じて、かかりつけ医の役割、患者の病状や医療ニーズにあった医療機関の利用法などをPRしている。一方、研修会などを通じて、会員医療機関相互の連携体制についても積極的に推進する方針を決めている。

県医師会及び郡市医師会は、県内の公的病院などに対して、病・診連携の推進を視野に、積極的にオープン化を要請してきた。現在6公的病院、1医師会病院で開放型病床が設置されており、登録会員との共同診療が可能で、近く2公的病院との共同診療が始まる予定である。また、一部の病院と提携して、高額医療機器の共同利用が行われており、板野郡医師会を中心に近隣医師会と徳島東病院の心電図自動解析装置の共同利用や県立中央病院と県医師会の徳島県立中央病院地域医療連携事業、さらに臨床研究会（麻植協同病院と近隣医師会による中部臨床研究会、県立三好病院と近隣医師会による西部臨床研究会）などを通じて、会員医師の研修も定期的に行われており、今後も引き続き発展が期待される。しかし、開放病床の利用による地域医師会登録会員（以下登録会員）との共同診療は、病床利用率より見る限り、決して満足できるものではない。病院の勤務医やコメディカル・スタッフの勤務条件や勤務時間帯などの調整が難かしい上に、勤務医の共同診療や病・診連携に対する理解度に個人差が大きいことも一因と思われる。登録会員が、自分の診た患者を紹介先の病院で共同診療を行うことは、病院入院中も引き続き、患者との間の信頼関係を維持しながら、早期退院に繋げ、退院後も続いて主治医・患者の関係を維持できるので、医療の継続性といった観点からも、極めて好ましいと思われる。しかし、残念ながら、現時点では、いずれのオープン化病院でも、登録会員の共同診療の申し込み実績は比較的低調で、より積極的な制度の利用が望まれている。しかし、この制度の実施を契機にして、病院勤務医と地域医師会会員との間に、医療サービス内容や、医師の専門性に関する情報の交換、人間的交流が深まり、当該病院への紹介率増加に繋がっている傾向は否定できない。

徳島県医師会では郡市医師会、公的病院や行政と協議して、初期救急及び高次救急患者に対しても、病状に応じて、在宅輪番制や病院輪番制で対応しており、一定の評価を得ている。しかしながら、最近の徳大・田代教授らの調査によれば、救急患者の流れは、在宅当番の一次

医療機関から二次、三次、さらに必要に応じて特定機能病院といった形にはなっておらず、現実的には、救急患者の大病院志向が強く、市内、某第三次救急対応機能を持った公立病院の、年間救急患者約一万人のほぼ80%が一次救急患者であったと報告されている。これに対して徳島市医師会の調査では、初期救急患者は、むしろ「かかりつけ医」に受診する傾向が強いことから、一定の場所に休日・夜間診療所を設置するなどの案を含めた救急体制の改善を目指して、現在も会員の努力が続けられている。

かかりつけ医の機能は、基本的には小病院、診療所の医師によって担われるべきであるが、かかりつけ医機能の定着のためには、診療所医師の自己努力・研鑽はもとより、医学・医療技術の進歩に対応して、継続的に地域住民の信頼を得て、地域医療の発展に寄与できるよう、専門学会や徳島県医師会生涯教育講座に参加して、研修を充実する必要がある。

昨今、医学部新卒医師に対する初期臨床研修義務化の問題もホットな議論を呼んでいる。研修病院での、かかりつけ医養成を視野に入れた、救急医療、蘇生術などを含む複数科ローテートでプライマリーケア研修を積極的に推進する必要がある。専門医志向も手伝って、卒後すぐ専門医研修に入った医師が、将来かかりつけ医としての機能を欠くことの無いよう、卒後初期臨床研修におけるカリキュラムシステムの再検討が望まれる所以である。

今後、かかりつけ医は少子・高齢社会においても、在宅の高齢者、子育て家庭等に対する支援者として、また、高齢者の在宅医療についても、地域医療支援病院等と連携を図りつつ、福祉・介護サービス関連者とも連携して、積極的支援を行うべきであろう。さらに、患者や家族の健康管理、疾病予防の面でも第一義的役割を果たすべきであると思われる。

次に、病院機能の明確化の問題であるが、地域における病院は、クローズド・システムの自己完結型の体制ではなく、地域包括医療システムの中で、他の異なった機能を持った医療施設と連携しながら、オープンな体制を作っていくなくてはならない時代である。このためには、日本医師会が厚生省と共に進めてきた、病院機能第三者評価機構による病院機能評価などを通じて、それぞれの地域で、医療機関自らの位置付けを客観的に把握することが必要である。そして、その病院に本来求められている機能を客観的に十分認識し、提供している医療サービ

すが、地域住民の真のニーズに応えているかどうかを、再チェックする必要があると思う。今、患者の「満足」と「選択」の時代といわれる中、徳島県医師会としては、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保が最優先と認識している。徳島県の地域包括医療システムの中で、診療

所機能と特定機能病院や、地域医療支援病院、その他の異なった機能を持った医療施設が連携を深め、医療情報を交換しながら、重層的なオープン体制を確立して行きたいと願っている。

It is said that longer life expectancy and lower morbidity and mortality in Japan have resulted from the adoption of "National Health-Care Insurance" in 1961. Japanese people have enjoyed for more than three decades their privilege to make access freely to any medical facilities of their choice. As a result, the outpatient clinic of University or larger hospitals are always congested with patients with relatively less severe diseases or minor injuries. This, in turn, forces patients with more severe illness or critical injuries to wait longer before they can receive appropriate medical care. It was proposed that with the better understanding of the roles of the family physician who is primarily responsible for the care of minor illness, indiscriminate visit to larger medical facilities by the patients otherwise treatable by primary care physicians.

The medical profession is committed itself to organize a better medical network service system in which each medical facility should offer proper medical service depending upon its professional capability. Referred patients from any family physicians should be promptly and properly accepted by the hospital and with the completion of adequate treatment, the hospital is encouraged to return the patients to the primary-care physicians as soon as possible.

The Tokushima Medical Association is seeking cooperation of the administrative authority and all the members of the medical profession as well as the patients for the full realization of the project.